

# *Le bilan uro- dynamique*

## *Rééducation*

### **LES TROUBLES VESICO- SPHINCTERIENS :**

- incontinence par insuffisance sphinctérienne
- incontinence par instabilité vésicale
- rétention chronique des urines (fuites par regorgement)

#### *I/ Interrogatoire*

- étude du besoin : ressenti ou non / fréquence / urgent ou non
- intervalle mictionnel : diurne et nocturne (à la recherche d'une pollakiurie)
- circonstances d'apparition des fuites : en jet (vessie instable) / à l'effort (débute ne pré ou post- ménopause) / sans besoin (vessie rétionnelle)
- volume des fuites
- sensation de bonne vidange vésicale
- difficultés mictionnelles : recherche d'une dysurie

#### *II/ Etude de l'autonomie et de l'environnement*

- difficulté à se déplacer
- locaux non adapté

#### *III/ La grille mictionnelle (ou catalogue mictionnel)*

= C'est l'étude quantitative de l'incontinence ; réalisée durant 2- 3 jours.

Importance de la mesure du résidu post- mictionnel (= R.P.M) ; vessie se vide ou pas ; rétention ou non.

Pour mesurer le R.P.M : on met une sonde dans la vessie pour mesurer le résidu encore présent après une miction, ou on fait une échographie (qui mesure seule le volume restant dans la vessie).

#### *IV/ Le test de remplissage (ou test d'évaluation du besoin) réalisé au lit du malade*

Ce test est réalisé par l'IDE ; c'est une étude qualitative de l'incontinence :

- faire uriner le patient
- mesurer la quantité d'urines émise
- mettre une sonde sans ballonnet

- mesurer le résidu
- remplir la vessie avec un flacon de 500cc de sérum physiologique, avec une tubulure reliée à la sonde (débit de 50 mL/ mn ; donc il faut environ 10 minutes pour remplir la vessie)

#### **CELA PERMET D'APPRÉCIER :**

- un obstacle au passage de la sonde si il y a un rétrécissement urétral
- les sensations de besoins = B1 : besoin fugace qui disparaît rapidement / B2 : besoin normal quand on va uriner (250- 300 mL de remplissage) / B3 : 350 mL de remplissage = besoin urgent / B4 : besoin impérieux, imminent ; quasi- impossibilité de se retenir
- un besoin urgent avec fuites (contractions vésicale) ou expulsion de la sonde
- la capacité vésicale fonctionnelle

Vessie normale = 400 à 600 mL de contenance.

Suite du test :

- quand la vessie est remplie, faire lever le patient et lui demander de tousser fort à la recherche d'une incontinence d'effort
- faire uriner le patient

#### **RÉSULTATS DU TEST =**

- ~ fuites avec besoin urgent lors du remplissage : instabilité vésicale, capacité vésicale fonctionnelle diminuée
- ~ pas de besoin, pas de miction : vessie hyposensible / hypocontractile ; rétention urinaire
- ~ fuites à la toux ou lors de la verticalisation : incontinence d'effort

**CHEZ P.A, SOUVENT : VESSIE INSTABLE + INSUFFISANCE SPHINCTÉRIENNE QUI ENTRAÎNE DES FUITES.**

#### *4/ Le bilan urodynamique*

C'est un examen médical ; se fait par le médecin conjointement avec l'IDE et parfois la sage- femme (en post- partum).

Le bilan comprend 3 examens =

◆ la débitmétrie :

souvent demandé par l'urologue pour étudier le débit mictionnel.

Débit = volume (mL) / temps (secondes)

Un débit normal est : > OU ÉGALE à 15 ML / SECONDE.

Si il y a un obstacle : le débit diminue et le temps augmente.

Réalisation de cet examen : miction sur un débitmètre.

Le résultat de ce test permet de dire si le patient est à opérer ou non.

◆ la sphinctérométrie :

= mesure des pressions urétrales par l'intermédiaire d'une sonde avec 2 capteurs : un capteur vésical et un capteur urétral.

2 mesures : une au repos et l'autre à l'effort.

~  $\Delta_{UR}$   $\Delta_{PDS}$  : - chez la femme

$P^\circ$  de clôture =  $P^\circ$  urétrale -  $P^\circ$  vésicale

$P^\circ$  normale = 20 cm H<sub>2</sub>O ; cette pression diminue avec l'âge (110 cm H<sub>2</sub>O - l'âge)

Si la pression est < à 30 cm H<sub>2</sub>O = insuffisance sphinctérienne.

- chez l'homme

Il existe un plateau prostatique : pas d'incontinence d'effort ; les pressions augmentent toujours avec l'âge.

C'est un examen qui se fait surtout en post- opératoire.

~  $\Delta_{L'EFFORT}$  : = profil dynamique, réalisé à la toux.

Recherche d'une incontinence d'effort (à la toux) ; transmissions des pressions sur l'urètre à la toux.

La toux provoque une hyperpression sur la vessie.

Vessie normale, effort de toux = augmentation des pressions.

Cystocèle (= descente de la vessie), avec l'âge : perte musculaire / mécanisme de l'incontinence urinaire d'effort / rééducation, chirurgie

◆ la cystomanométrie :

= étude des pressions vésicales et des besoins durant le remplissage.

On remplit la vessie avec 500cc de sérum physiologique, avec un débit de 50 mL / mn.

On note l'apparition des besoins (B1- B4).

Capacité vésicale fonctionnelle : entre 400 et 500cc.

$P^\circ$  vésicale : entre 10 et 20 cm H<sub>2</sub>O.

La pression doit être stable durant le remplissage.

**Courbes pathologiques :**

> vessie instable (ou désinhibée)

contraction vésicale, besoin urgent, expulsion de la sonde, émission d'urines

> vessie rétentionnelle

la vessie ne ressent aucun besoin ou un besoin très tardif, besoin de poussées abdominales pour uriner ; vessie hyposensible / hypocontractile

**VI/ Traitement de l'instabilité vésicale**

~ ttt des facteurs favorisants :

cystite / infection urinaire ; calculs ; douleurs loco- régionales (escarre, arthrose, ...) ; corps étranger (sonde urinaire)

~ ttt médical :

anticholinergiques (antispasmodiques)

~ rééducation

pour renforcer le périnée ; électrostimulation à basse fréquence (une sonde envoi des stimulations) / biofeedback (rétro- contrôle vésicale)

#### *VI/ Traitement de la rétention*

– ttt des facteurs favorisants :

fécalome, obstacles urétraux

– sondages post- mictionnels intermittents :

2 à 3 fois / j selon la diurèse

#### *VII/ Traitement de l'incontinence d'effort*

• rééducation et renforcement musculaire en 4 phases :

– phase d'information et d'explication

– phase d'éducation du contrôle musculaire =

but : contractions périnéale volontaire / éviter les synergies musculaires des abdominaux, des adducteurs et des fessiers

– phase de renforcement actif musculaire =

électrostimulation, renforcement en biofeedback

– phase d'apprentissage du réflexe périnéal à l'effort